

**ESTADO DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL  
Autorização para liberação de informação  
do/para o DMH**

---

**Nome:**  
**Endereço:**

**Outro(s) nome(s):**  
**Telefone:**

**No. do Seguro Social:**

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo o Departamento de Saúde Mental (DMH) a receber e liberar informação do(a), ou para o(a), pessoa, agência ou estabelecimento indicado(a) abaixo, oralmente ou por escrito, de acordo com o estipulado nesta autorização.

---

**Nome:**

**Aos cuidados de:**

**Telefone:**

**Rua:**

**Cidade:**

**Estado:**

**CEP:**

---

**Informação para contato do DMH:**

**Nome:**  
**Endereço:**

**Telefone:**

---

A pessoa que preencher este formulário deverá especificar a(s) data(s) referentes a informação solicitada. A solicitação de liberação das anotações de psicoterapia não poderá ser feita conjuntamente com outras solicitações. Especifique abaixo a informação desejada, p. ex. histórico completo, documentação de admissão(ões), resumo(s) de alta, resumo(s) de transferência, avaliações e testes, apreciações, consulta(s) incluindo o(s) nome(s) do(s) profissional(is), plano(s) de tratamento, *ISP(s)* e *PSTP(s)*, exames físicos e relatórios do laboratório, anotação(ões) sobre a evolução do quadro do paciente:

---

---

---

---

---

---

---

**Propósito da autorização:**

- O assunto em questão ou o representante legal deram início ao processo de autorização (não é necessário informar o propósito específico)

ou

- Coordenação dos cuidados
  - Encaminhamento
  - Outros (favor especificar)
  - Facilitação de cobrança
  - Obtenção de seguro, de benefícios financeiros ou outro benefício
- 

**Uma cópia desta autorização deverá ser considerada tão válida quanto o original.**

Autorização para liberação de informação do/para o Departamento de Saúde Mental  
HIPAA-F-4 (22/4/03)-Consent Portuguese

